

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ

Эль-Рефай Хусам, Куницкий В.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Заболевание имеет высокую распространенность и составляет от 7 до 16% всех оториноларингологических заболеваний [1]. Примерно каждый пятый взрослый человек является постоянным пользователем сосудосуживающих капель (нафтизин, галазолин, назол, називин и другие). Эти средства нужны им для того, чтобы поддерживать свободное носовое дыхание или бороться с постоянными водянистыми выделениями из носа. Постоянная заложенность носа или водянистые выделения – это показатель плохой работы сосудов слизистой оболочки носа, из которых она, собственно, и состоит. Таким образом, к вазомоторному риниту может привести любая проблема как в организме, так и вне его, которая может оказывать влияние на состояние кровеносных сосудов. Это может быть температура воздуха, аллергия, химические раздражители, связанные с профессиональной деятельностью, прием некоторых медикаментов, дисгормонального заболевания, вегетативные нарушения, в том числе и вегето - сосудистая дистония.

Затруднение носового дыхания, являющееся ведущей жалобой у этих пациентов, развивается за счет переполнения кровью пещеристых венозных сплетений нижних и, в меньшей степени, средних носовых раковин. Эффективность лечения лиц с данной патологией пока еще не удовлетворяет врачей, о чем свидетельствует большой арсенал средств и методов, направленных на ее ликвидацию. Из вышеизложенного следует, что для успешного лечения вазомоторного ринита необходимы, во-первых, борьба с отеком слизистой оболочки, а во-вторых, лечение проблемы, приведшей к развитию данной патологии. Для уменьшения объема слизистой оболочки носовых раковин рекомендуется целый ряд физиотерапевтических методов, таких как ультразвук, лазерная терапия электрофорез и ряд других.

Консервативная терапия при вазомоторном и гипертрофическом рините у ряда больных недостаточно эффективна. Учитывая большую физиологическую роль эпителиального слоя, образующего первую линию защиты от инфекции, в последние годы щадящие вмешательства на носовых раковинах находят все большее число сторонников. При этом минимизируется травма наиболее физиологически ценного мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа [2, 3].

Цель. Достичь оптимально хороших функциональных результатов при максимальном сохранении физиологических свойств слизистой оболочки полости носа.

Материалы и методы. Проведен анализ 184 историй болезни пациентов хроническими ринитами в возрасте от 14 до 60 лет, проходивших лечение в оториноларингологическом отделении для взрослых Витебской областной клинической больницы в 2006-2008 годах. Наиболее часто, 67% пациент, встречался вазомоторный ринит, аллергический ринит у 20,7% и у 12,3% - с хронический гипертрофический ринит. Давность заболевания до одного года у

25,2%, от 1 до 5 лет – у 47,2%, от 6 до 10 лет – у 17,3%, более 10 лет – у 10,3% лиц. Все они ранее длительно с переменным успехом лечились как лекарственными средствами, так и с применением физиотерапевтических методов (электрофорез, фонофорез). Диагноз устанавливался на основании аллергологического анамнеза, клинических проявлений заболевания, исследования отделяемого слизи из носа, а при установлении диагноза аллергический ринит – консультации аллерголога.

Всем больным была произведена ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин (УЗД) низкочастотным ультразвуком с помощью аппарата «ЛОР-ДОН».

Показаниями для УЗД явились клинически выраженные формы вазомоторного и гипертрофического хронического ринитов, которые не удавалось устранить неоднократно проведенными курсами консервативного лечения. Местными противопоказаниями для УЗД служили хронические гнойные синуситы в стадии обострения, резко выраженная девиация хрящевого отдела носовой перегородки, фиброзная и костная гипертрофия нижних носовых раковин. Об эффективности лечения судили по нормализации риноскопической картины и восстановлению носового дыхания, отказе от использования сосудосуживающих средств.

Методика выполнения вмешательства проста и заключается в следующем. После аппликационной анестезии слизистой оболочки полости носа 10% раствором лидокаина гидрохлорида с дополнительной инфильтрацией поверхностного слоя слизистой оболочки оперируемых раковин 1% раствором новокаина (не более 2-3 мл на каждую раковину). Раствор новокаина нецелесообразно вводить в больших количествах, так как значительная часть ультразвуковой энергии расходуется на кавитационное взаимодействие с введенным лекарственным веществом, вследствие чего уменьшается непосредственное воздействие ультразвука на ткань раковины. У больных с повышенным психомотормым возбуждением операция выполнялась под внутривенным наркозом.

Зонд дезинтегратор (ЗД) в рабочем состоянии проводился через передний конец каждой оперируемой раковины в ее толщу, вдоль верхнего и нижнего краев до задних отделов, создавая, таким образом, от 2 до 3 тоннелей в толще слизистой оболочки нижней носовой раковины. Озвучивание осуществлялось при каждом проведении УЗД в пределах 30-45 с. Зонд выводился из заднего крайнего положения в несколько приемов с шагом 1,0 см и остановками по 3-5 с. Озвучивание задних отделов носовых раковин производилось до появления эффекта прилипания, что обеспечивало надежное гемостатическое действие сокращения задних концов раковин в послеоперационном периоде. После завершения операции осуществляется рыхлая передняя тампонада носа с левомеколевой мазью. У 45% пациентов – необходимости в тампонаде полости носа не было, в связи с отсутствием кровотечения.

Мы отметили, что непосредственно после УЗД, при вазомоторном рините раковины начинают сокращаться на 2 сутки. При хроническом гипертрофическом рините сокращение утолщенной слизистой оболочки раковин, чаще передних и средних их отделов, отмечалось на 3-4 сутки. Все пациенты после операции отмечали значительное или нормализацию носового дыхания, о чем свидетельствовали результаты риноскопического обследования. Выписывали больных на 5-7-ой день после самостоятельного отхождения

фибринозного налета с поверхности нижних носовых раковин. В среднем процесс нормализации слизистой оболочки носовых раковин после УЗД занимает около 15-25 суток.

Результаты и обсуждение. Лечение больных методом УЗД по используемой нами методике показали: при нейровегетативной форме вазомоторного ринита выздоровление наблюдалось в 79,8%, улучшение - в 12,4% и оказалось безуспешным - в 7,8% наблюдений

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности УЗД при лечении вазомоторных и хронических гипертрофических ринитов. Вместе с тем, очевидна необходимость в специальном изучении вопроса о месте УЗД в комплексе уже известных методов лечения этих заболеваний.

Литература:

1. Тимен Г. Э., Винничук П. В. Лечение больных хроническим ринитом лазерным излучением // Журн. Ушных, носовых и горловых болезней - 1987. - № 4 - С. 29-32.
2. Шеварыгин Б. В. внутриносые операции, улучшающие и сохраняющие обоняние // Вестн. Оториноларингологии - 1971 - № 5 - С. 15-20.
3. Tolsdroff P. Eingriffe an den Nasenmuscheln unter besonderer Berücksichtigung der subperiostalen conchektomie // Laryngol., Rhinol., Otol., - 1981 - Bd 60. - № 12. - S. 615-619.